

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Запись о состоянии здоровья студента (Конфиденциальная информация)

Пожалуйста, внимательно прочитайте перед тем, как подписывать.

В этом заявлении содержится информация о некотором риске, связанном с занятиями дайвингом, а также о правилах поведения во время прохождения курса обучения подводному плаванию. Ваша подпись под данным заявлением необходима для зачисления на курс обучения, проводимый

_____ в дайв-центре

Имя инструктора _____, расположенном в

Название дайв-центра _____

городе _____ и стране _____.

Прежде чем подписывать данное заявление, прочтите его. Для зачисления на курс обучения дайвингу Вы должны заполнить данное заявление, которое включает в себя раздел «Медицинская анкета». Если Вы являетесь несовершеннолетним, заявление должно быть подписано одним из родителей.

Дайвинг - это увлекательное занятие. Если следовать определенным правилам и придерживаться правильной техники, дайвинг достаточно безопасен. Однако если установленные правила безопасности не соблюдаются, существует определенный риск.

Чтобы занятия дайвингом были безопасны, Вы должны быть в хорошей форме и не страдать избыточным весом.

Медицинская Анкета

Для студента:

Цель данной анкеты - выяснить, следует ли Вам пройти медицинский осмотр, перед тем как принимать участие в данной программе обучения любительскому дайвингу. Положительный ответ на один из вопросов вовсе не означает, что Вам противопоказаны занятия дайвингом, а лишь свидетельствует о наличии некоторых условий, которые могут создать опасность во время погружений. В случае положительного ответа Вам нужно проконсультироваться с врачом до начала занятий.

_____ Беременны ли Вы и предпринимаете ли попытки забеременеть?

_____ Принимаете ли Вы регулярно прописанные врачом медицинские препараты (исключение составляют противозачаточные средства и препараты против малярии)?

_____ Вам больше 45 лет и к Вам относится 1 или более из нижеследующих заявлений:

- Вы курите трубку, сигары или сигареты
- у Вас высокий уровень холестерина
- у Вас в семье были случаи инфаркта и инсульта
- в настоящий момент Вы проходите курс лечения
- у Вас высокое давление
- у Вас сахарный диабет, даже если он контролируется диетой

Есть ли у Вас сейчас или было в прошлом что-либо из перечисленного ниже:

_____ Астма или одышка при физической нагрузке или просто в процессе дыхания?

_____ Частые приступы сенной лихорадки или аллергии?

_____ Частые простуды, насморк или бронхит?

_____ Любая форма заболевания легких?

_____ Пневмоторакс (коллапс легкого)?

_____ Другие заболевания легких или хирургические вмешательства на грудной клетке?

_____ Психические расстройства или психологические проблемы (приступы паники, боязнь закрытого или открытого пространства)?

_____ Эпилепсия, приступы, конвульсии? Принимаете ли Вы медицинские препараты для их предотвращения?

_____ Частые мигрени? Принимаете ли Вы медицинские

препараты для их предотвращения?
_____ Провалы памяти или обмороки (частичная или полная потеря сознания)?
_____ Укачивает ли Вас в транспорте, страдаете ли Вы морской болезнью?
Просьба ответить «ДА» или «НЕТ» на следующие вопросы относительно Вашей истории болезней. Если у Вас есть сомнения, ответьте «ДА». Если любой из этих пунктов можно отнести к Вам, необходимо, чтобы Вы проконсультировались с врачом, до того как приступить к занятиям дайвингом. Ваш инструктор предоставит Вам Медицинское заявление PADI, а также указания по проведению медицинского осмотра дайверов для Вашего врача.
_____ Дизентерия или обезвоживание, требующее медицинского вмешательства?
_____ Несчастные случаи при предыдущих погружениях или декомпрессионная болезнь?
_____ Неспособность вынести умеренную физическую нагрузку (например, пройти 1,6 километра за 12 минут)?
_____ Травмы головы, сопровождающиеся потерей сознания, за последние 5 лет?
_____ Периодически возникающие проблемы с позвоночником?
_____ Хирургические вмешательства на позвоночнике?
_____ Диабет?
_____ Боли в позвоночнике или в конечностях, возникшие вследствие хирургического вмешательства, травм или переломов?
_____ Повышенное кровяное давление? Принимаете ли Вы медицинские препараты для его контроля?
_____ Порок сердца?
_____ Инфаркты?
_____ Стенокардия или операция на сердце или сосудах?
_____ Лор-операции?
_____ Случаи заболевания ушей, потери слуха или нарушения равновесия?
_____ Периодически возникающие проблемы с ушами?
_____ Кровотечения или заболевания крови?
_____ Грыжи?
_____ Язвы и хирургические вмешательства по этому поводу?
_____ Колостомия?
_____ Употребление наркотиков или лечение от наркомании или алкоголизма в течение последних 5 лет?

Если у Вас возникли дополнительные вопросы в отношении данного Медицинского заявления или раздела «Медицинская Анкета», обсудите их с Вашим инструктором перед тем, как подписывать заявление.

Я заявляю, что все сведения, приведенные мной при заполнении данной медицинской анкеты, являются достоверными. Я признаю себя ответственным(ой) за все упущения, которые возникли в результате моей неосведомленности о существовавших у меня ранее или существующих сейчас заболеваниях.

СТУДЕНТ

Пожалуйста, заполняйте разборчиво.

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Возраст _____
Имя Отчество(первая буква) Фамилия День/Месяц/Год

Почтовый адрес _____

Город _____ Область _____

Страна _____ Индекс _____

Домашний телефон () _____ Рабочий телефон () _____

Email _____ ФАКС _____

Имя и адрес семейного врача

Врач _____ Поликлиника _____

Адрес _____

Дата прохождения последнего обследования _____

Имя врача, проводившего обследование _____ Поликлиника _____

Адрес _____

Телефон () _____ Email _____

Проходили ли Вы когда-нибудь обследование на предмет допуска к занятиям дайвингом? Да Нет

Если да, то когда? _____

ВРАЧ

Этот человек собирается проходить обучение или уже имеет сертификат, позволяющий заниматься подводным плаванием с аквалангом (автономный дыхательный аппарат). Требуется Ваша консультация по поводу годности кандидата к занятиям дайвингом. Для ознакомления прилагаются указания по проведению осмотра.

Мнение врача:

Я не обнаружил(а) никаких противопоказаний к занятиям дайвингом.

Я не рекомендую этому человеку заниматься дайвингом.

Замечания _____

_____ Дата _____
Подпись врача День/Месяц/Год

Врач _____ Поликлиника _____

Адрес _____

Телефон () _____ Email _____